

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'APPENDICITE AIGÜE RÉTRO-CŒCALE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

Le 4 Juin 1940

par

Grégor BRONSTEIN

Né le 25 Février 1908, à Odessa

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examinateurs
de la Thèse

FIOLLE
ROUSLACROIX
J. COTTALORDA
R. POINSO

Président

Assesseurs

MARSEILLE
IMPRIMERIE SAUQUET & MULLOT
49, Rue Edmond-Rostand, 49

1940

CONTRIBUTION

A

**L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE
AIGUË RÉTRO-COËCALE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'APPENDICITE AIGÜE RÉTRO-CŒCALE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 4 Juin 1940

par

Grégor BRONSTEIN

Né le 25 Février 1908, à Odessa

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. les Professeurs

Examineurs de la Thèse	{	FIOLLE	{	<i>Président</i>
		ROUSLACROIX		<i>Assesseurs</i>
		J. COTTALORDA		
		R. POINSO		

MARSEILLE
IMPRIMERIE SAUQUET & MULLOT
49, Rue Edmond-Rostand, 49

1940

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs :



<i>Anatomie</i>	CORSY
<i>Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale</i>	CORNIL
<i>Bactériologie</i>	ROUSLACROIX
<i>Chimie analytique et hydrologie</i>	RIMATTEI
<i>Chimie médicale</i>	ROCHE
<i>Clinique chirurgicale</i>	FIOLLE
<i>Clinique chirurgicale</i>	BOURDE
<i>Clinique exotique</i>	HECKENROTH
<i>Clinique des maladies nerveuses</i>	ROGER
<i>Clinique médicale</i>	AUDIBERT
<i>Clinique médicale</i>	OLMER
<i>Clinique médicale</i>	MATTEI
<i>Clinique médicale infantile</i>	GIRAUD
<i>Clinique obstétricale</i>	VAYSSIÈRE
<i>Clinique ophtalmologique</i>	AUBARET
<i>Clinique Oto-Rhino-Laryngologique</i>	BREMOND
<i>Clinique urologique</i>	CHAUVIN
<i>Histoire naturelle</i>	GABRIEL
<i>Histologie</i>	ROMIEU
<i>Hygiène générale et coloniale</i>	VIOLLE
<i>Médecine légale</i>	MOSINGER
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX
<i>Pathologie interne</i>	MONGES
<i>Pharmacodynamie et Matière médicale</i>	F. MERCIER
<i>Pharmacie</i>	VIGNOLI
<i>Physiologie</i>	COTTE
<i>Physique</i>	CHEVALLIER
<i>Thérapeutique</i>	GAUJOUX
<i>Stomatologie (Professeur sans chaire)</i>	BELTRAMI
<i>Physiologie (Professeur sans chaire)</i>	MALMEJAC

Chargé de Cours :

Clinique dermatologique VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. J. PIERI

JAYLE

MOIROUD

CARCASSONNE

BERTHIER

POINSO

DUBOULOZ

SAUTET

BALANSARD

BRAHIC

FIGARELLA

MM. SALMON

PAILLAS

ARNOUX

DELPHAUT

IMBERT

AUDIER

CHOSSON

DOR

RECORDIER

Agrégé libre :

M. QUINTARET

Chargé des fonctions d'agréé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Médecine du travail</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	FOR
<i>Microbiologie</i>	QUINTARET
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacie chimique</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MA BELLE-MÈRE

*Pour tout le dévouement et tous les
sacrifices qu'elle s'est imposée pour ma
sœur et moi.*

A MA SŒUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. COTTALORDA

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Qui a inspiré cette thèse et qui était pour
nous un Maître bienveillant. Avec recon-
naissance et respect.*

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FIOLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Qui a bien voulu accepter d'être président
de cette thèse.*

Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUSLACROIX

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX

Avec notre très grande reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. POINSO

*Pour son enseignement clinique, pour tout
ce qu'il nous a appris.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre gra-
titude et de notre respectueuse affection.*

MONSIEUR LE DOCTEUR J. COTTALORDA

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. POINSO

MONSIEUR LE DOCTEUR E. GAMEL

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DE VERNEJOULS

MONSIEUR LE DOCTEUR ISEMEIN

MONSIEUR LE DOCTEUR J. COMBES

Avec reconnaissance pour son enseignement pratique et pour la bienveillance qu'il m'a témoignée.

MONSIEUR LE DOCTEUR V. AUBERT

MONSIEUR LE DOCTEUR J. COTTALORDA

AUX PROFESSEURS DE L'UNIVERSITÉ
L'AUORE DE CHANGHAI

AUX SŒURS DE L'HOPITAL SAINTE-MARIE
(DE CHANGHAI)

*Leur dévouement nous sera toujours un
exemple.*

AU RÉVÉREND PÈRE EMONET

Avec respect et reconnaissance

HISTORIQUE

Dans un article datant de 1922 (*Journal de Chirurgie*), P. LECÈNE a de nouveau attiré l'attention sur certaines particularités de l'appendicite rétro-cæcale et a insisté sur l'intérêt de l'incision postérieure sus-iliaque dans les cas de cette forme d'appendicite.

C'est la célèbre observation de Gambetta, rapportée dans les Cliniques de LANNELONGUE (1905) qui, la première, attira avec force l'attention des chirurgiens sur cette forme fréquente, souvent incideuse, de l'appendicite.

Dans la leçon clinique « La blessure et maladie de Gambetta », LANNELONGUE raconte qu'il a fait le diagnostic de collection suppurée rétro-cæcale chez l'illustre malade et qu'il a émis l'hypothèse de la perforation de l'appendice ou du cæcum. Son conseil d'opérer ne fut pas suivi. Gambetta décéda dans la nuit du 31 décembre 1882 et l'autopsie pratiquée le 2 janvier 1883 par CORNIL démontra la justesse de diagnostic de LANNELONGUE. En arrière du cæcum et du colon ascendant CORNIL trouva une collection purulente avec appendice sphacelé et perforé.

Parmi les premiers auteurs qui ont contribué à l'étude de l'appendicite rétro-cæcale, il faut citer les noms de MÉNIÈRE (1828), TROUSSEAU, GRISOLLE, DUPUYTREN — qui, tous, ont donné des descriptions cliniques de phlegmons iliaques — très probablement en rapport avec les formes postérieures de l'appendicite.

L'Américain NANCY (1888) a décrit un tableau clinique assez complet de l'appendicite rétro-cæcale et proposa quelques directives pour son traitement. GANGOLPH (1894, *Lyon Médical*) démontra le rôle de l'appendicite dans certaines formes de psoïtis. KIEN (de Philadelphie), au cours de nécropsie, découvre un abcès

lombaire dépendant d'un appendice perforé appliqué à la face postérieure du côlon. LOCKWOOD, SCHWARTZ rapportent des observations d'abcès lombaires d'origine appendiculaire. EDEBOHLS (*American Journal of Obstetrics* 1895), GRINDA, de Nice (Congrès de Moscou 1897) proposent des incisions spéciales pour les formes postérieures d'appendicite, des incisions qui ressemblent à l'incision de LECÈNE, mais plus postérieures et utilisant la section des muscles au lieu de leur dissociation.

La thèse de NICOD (1904) fournit la première étude complète de l'appendicite rétro-cæcale. KELLY (1909), BÉRARD et VIGNARD (1907-1914) continuent les études sur l'appendicite en général et donnent de bonnes descriptions des formes postérieures ; BÉRARD et VIGNARD en particulier, insistent sur les suppurations intra-péritonéales se rapportant à l'appendicite rétro-cæcale.

Plus récemment les travaux de BERGHASME, MÉRIEL, CHAUVEAU, LANZ, DESPORTES, LECÈNE, COUDERT, DE QUERVAIN, BERGMANN, HAY et HERTZ fournissent des précisions sur la question de l'appendicite rétro-cæcale.

DÉFINITION

Il nous semble qu'il est nécessaire de préciser les cadres nosologiques de la question — l'allure particulière de l'appendicite rétro-cæcale permettant de lui assigner une individualité non seulement anatomique, mais aussi clinique.

Au point de vue clinique, l'appendicite rétro-cæcale est surtout caractérisée (mais pas nécessairement) par une symptomatologie postérieure et par une tendance au processus suppuratif évoluant pour son propre compte sans fournir des signes péritonéaux ou abdominaux immédiats.

Au point de vue anatomique, l'appendice rétro-cæcale ou ascendante est l'appendice qui « s'applique à la face postérieure du cæcum et du côlon et peut remonter ainsi jusqu'au rein et même jusqu'au foie ». (TESTUT et JACOB). Cet appendice, le plus souvent *accolé* à la face postérieure du cæcum, peut donc occuper une position très variable suivant la hauteur.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

Donc l'appendice rétro-cæcale se trouve situé en arrière du cæcum, dans une sorte de loge comprise entre le cæcum et le côlon ascendant en avant, la fosse iliaque en arrière. Latéralement cette loge, dite rétro-cæcale, est bridée par les ligaments : parieto-cæcal (externe) et cæco-mésentérico-parietal (interne).

Cette loge n'est pas immuable quant à la constitution de ses parois. Fixé au cæco-côlon, l'appendice peut occuper une position variable.

Ce sont les travaux de BUFFIER et JEANNE, de LEGUEU, d'ALGLAVE, de LAFFORGUE, d'ANCEL et CAVAILLON (*Journal d'Anatomie* 1907) qui ont précisé les variations de position du cæcum et les détails de la topographie péritonéo-cæcale.

Les variations de la paroi antérieure de la loge rétro-cæcale

En cas de cæcum libre, non accolé, l'appendice avec son méso et avec son péritoine se trouve en arrière du cæcum : entre le péritoine viscéral du cæcum et le péritoine pariétal, les ligaments latéraux du cæcum limitant la loge de chaque côté. Pendant l'opération cette forme ne présente pas de difficultés au chirurgien.

En cas de cæcum accolé, les difficultés opératoires seront plus grandes. L'appendice, son méso avec les vaisseaux appendiculaires se trouveront placés dans le fascia d'accolement rétro-cæco-colique avec les artères cæcales qu'il s'agit de respecter. D'où les possibilités de difficultés opératoires.

Les variations de la paroi postérieure de la loge

sont encore plus intéressantes quant à leurs conséquences cliniques et opératoires.

L'appendice rétro-cæcal, fixé sous le cæco-côlon, présente des rapports différents suivant sa situation, suivant sa propre longueur, suivant la longueur de la paroi postérieure de la loge.

L'ensemble cæcum-appendice peut être en position basse, moyenne, haute.

En position basse, il répond successivement au tissu cellulaire sous-péritonéal (mêlé au fascia d'accolement), au fascia iliaca, au muscle psoas-iliaque ainsi qu'aux vaisseaux iliaques.

En variété moyenne, l'appendice peut répondre au bassin, au psoas, au carré des lombes, à l'aponévrose du transverse.

En variété haute, l'appendice rétro-cæcal peut répondre à la face antérieure du pôle inférieur du rein droit, et peut entrer en connexions avec le foie (appendicite sous-hépatique).

VERGOZ, CLAUSSE, CHOUSSAT et TAVERA (*Gaz. Méd. de France*, 15 sept. 1935) font remarquer que l'appendice entre en rapport surtout « avec l'uretère (qu'il longe ou croise - LAQUIERE), rapport expliquant toute complication possible de péri-urétérite, de rétrécissements, de perforation de l'uretère, etc. » Il est inutile d'ajouter qu'un appendice extrêmement long peut être en connexions simultanées en bas avec le psoas et en haut avec le rein.

Dans toutes ces variétés de position, l'appendice rétro-cæcale contracte des rapports nerveux correspondant avec le crural, le fémoro-cutané, les nerfs abdomino-génitaux. Ces rapports nerveux expliquent facilement les douleurs différentes que ressent le malade atteint de l'appendicite rétro-cæcale. Mais aussi les différents rapports vasculaires, nerveux, urinaires de l'appendice rétro-cæcale expliquent la fréquence des signes cliniques « d'emprunt » — signes parfois difficilement associables avec l'origine de tout le mal : l'inflammation de l'appendice ascendant.

« C'est la variété de ces rapports postérieurs qui donne à l'appendicite rétro-cæcale sa symptomatologie si souvent d'emprunt et qui conditionne également les difficultés fréquentes de la technique opératoire. » (J. COTTALORDA, *Provence Médicale*, 15 avril 1940.)

En terminant ce court aperçu anatomique, signalons les trois conclusions de Descomps, qui expliquent certaines difficultés opératoires dues cette fois à la disposition de l'artère appendiculaire :

- 1° L'artère appendiculaire naît souvent très haut sur le tronc iléo-cæco-appendiculo-colique ;
- 2° Son trajet profond pariétal adhérent est sous-jacent à l'épais plan vasculo-nerveux de l'angle iléo-colique ;
- 3° Ses collatérales étagées sont d'autant plus courtes qu'on se rapproche de l'apex appendiculaire et d'autant plus nombreuses que l'appendice est plus long, la dernière collatérale gagnant la pointe,

ÉTIOLOGIE

« ...J'ai été frappé de la relative fréquence des appendicites rétro-cæcales », dit notre Maître, M. le docteur COTTALORDA (*A propos de 290 cas des appendicites aiguës opérées.*)

Cette disposition rétro-cæcale n'est pas uniquement congénitale. BLOCH (*L'Avenir Médical* 1930) insiste sur la disproportion entre les constatations anatomiques et les constatations chirurgicales.

Recherches anatomiques :	13-16 % des cas
LAFFORGUE (in TESTUT et JACOB) :	13 %
Recherches chirurgicales :	25-40 % des cas

La fréquence des rétro-cæcaux au cours des appendicectomies chez les enfants est encore plus grande.

LAFFORGUE :	9 % chez les adultes
»	29 % chez les enfants

VALLÉE cite un chiffre plus élevé encore : 40 % chez l'enfant.

De la disproportion des chiffres anatomiques et des chiffres opératoires il y a lieu de conclure que l'inflammation joue un rôle certain dans l'augmentation de la fréquence des appendicites rétro-cæcales. Telle est l'opinion de BLOCH (loc. cité). Donald COLLINS (« Acute rétro-cæcal appendicitis based on 751 instances », *Archives of Surgery* 1938) exprime la même idée en disant que la plupart des appendices rétro-cæcaux adhérents sont dans la position anormale à cause des attaques aiguës préalables de l'appendicite.

Suivant BLOCH, deux mécanismes sont capables de maintenir la disposition rétro-cæcale :

1° Le météorisme, dont l'influence a été étudiée surtout par MARIAN et LANZ (Congrès de Chirurgie, 1911). Constant au cours de

toute inflammation intestinale, le météorisme provoque le déroulement du cæcum devant l'appendice. Si la pointe de l'appendice est fixé, le cæcum dépasse facilement le niveau de l'apex du vermium et cache l'appendice, qui devient ascendant. L'adhérence de l'appendice au cæcum ne tarde pas à se produire ;

2° La turgescence de l'appendice a été invoquée par plusieurs auteurs. HANSEMANN, pour le prouver, injecte au cours de ses expériences du mercure dans les lymphatiques. HAY et ROLL (*Am. Journal of Surgery* 1928) injectent un liquide dans la lumière de l'appendice. Les autres auteurs ont appliqué ces résultats in vivo, en injectant du sérum dans la sous-muqueuse de l'appendice, au cours des laparatomies pratiquées en dehors de toute lésion de l'appendice. Ils ont noté « une érection « accidentelle » de l'organe aboutissant à son ascension spontanée en arrière du cæcum (BLOCH).

A J. BEZANÇON (Thèse de Toulouse 1934), il semble que les deux mécanismes invoqués semblent « quelque peu artificiels ». Les rétractions du méso-appendice à la faveur du mésentérite, d'adénite, pouvant modifier la situation de l'appendice.

En ce qui concerne les enfants, les opinions diffèrent. Pour BLOCH il y a lieu d'invoquer surtout l'absence de l'involution complète du côlon. Pour OMBEDANNE, l'appendice rétro-cæco-colique de l'enfant est toujours un appendice pathologique.

A propos du sexe, Donald COLLINS (loc. cité) constate que 67,72 % de ses malades présentant l'appendicite rétro-cæcale étaient des hommes.

L'âge des malades était variable. Donald COLLINS insiste que cet âge était en moyenne supérieur à celui qu'on constate dans les appendicites aiguës ordinaires. Dans 40-48 % des cas, il s'agissait de malades ayant 21 et 30 ans. Le même auteur note que dans 35-55 % des cas les malades ont eu quelqu'un de leur famille opéré d'appendicite.

Dans 19,57 % des cas les malades ont déjà eu une laparotomie pour une raison ou pour une autre, mais pendant l'opération leur appendice n'était pas enlevé, et à la suite ces malades ont souffert des attaques d'appendicite aiguë.

De 751 malades de COLLINS, 56,99 % ont été déjà traités pour les maladies de la vésicule biliaire, de la région pylorique, du pelvis ou de la partie droite de tractus uro-génital. « Les opérations gynécologiques étaient en vogue parmi les 280 femmes de cette série, tandis que l'opération de la partie supérieure de l'abdomen était à la mode parmi les 471 hommes »,

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

TENDANCE INITIALE A LA LOCALISATION

ET L'ALLURE SPÉCIALE DES ABCÈS

Les trois types des lésions de l'appendicite, décrites par JALAGUIER se retrouvent dans l'appendicite rétro-cæcale. Mais qu'il s'agisse de l'appendicite catarrhale, suppurée ou gangréneuse, rapidement l'évolution de l'appendicite rétro-cæcale, à cause même de sa situation anatomique, se trouve influencée « d'une part par les lésions du méso, de l'autre par les connexions que prend l'appendice lui-même, avec le côlon ascendant et la paroi postérieure de la fosse iliaque. » (BLOCH.)

Pour BLOCH, en effet, le méso tordu sur lui-même se fixe rapidement par sa partie moyenne en laissant libres les extrémités de l'organe. « Cette disposition qui coude l'appendice, déjà mal nourri par un méso rétracté et épaissi, contribue puissamment à ischémier l'organe, parfois complètement étranglé à sa partie moyenne. *Aussi ne doit-on pas s'étonner de la rapidité avec laquelle évolue la gangrène appendiculaire*, souvent localisée à la moitié distale de l'organe ou généralisée à tout l'appendice rétro-cæcal. » ... Cette notion « intervient pour justifier une décision opératoire urgente dans toute crise où la forme rétro-cæcale de l'appendice a pu être soupçonnée ».

D'autre part les rapports intimes de l'appendice avec les parois de la loge rétro-cæcale expliquent les adhérences que contracte rapidement l'organe, soit avec la paroi antérieure de la loge, soit avec sa paroi postérieure.

Adhérent à la face postérieure du gros intestin, l'appendice se confond avec la paroi cæcale, d'où la nécessité de précautions pour ne pas léser le gros intestin au cours des appendicectomies.

Adhérent à la fosse iliaque, l'appendice contamine facilement le fascia iliaca, la gaine du psoas, la loge rénale ou le péritoine. Cette infection se fait par propagation de proche en proche ou par voie lymphatique.

Dans beaucoup de cas la suppuration s'est produite derrière le cæcum libre, qui ne s'accôle que secondairement à la fosse iliaque par les adhérences péritonéales inflammatoires. L'abcès siège dans la loge rétro-cæcale ; « à vrai dire l'abcès primitif est toujours rétro-cæcal ». (BLOCH.)

Bien cloisonné cet abcès peut se résorber. Il y a lieu d'insister sur ce point. Cet abcès cloisonné est très caractéristique de l'appendicite ascendante. En soulevant le cæcum, l'abcès peut augmenter son étendue en contournant le bord droit du cæcum, en s'accrochant au grand épiploon, aux anses intestinales, en formant « une vaste loge qui n'a plus de rétro-cæcale que l'origine ». (BEZANÇON, Thèse, Toulouse 1934). La menace d'inondation de la grande cavité péritonéale paraît imminente.

Mais il est rare que l'abcès rétro-cæcal enkysté s'ouvre en plein péritoine (VERGOS, CLAUSSE, CHOUSSAT et TAVERA). Pour VIGNARD, « dans les cas où il y a eu péritonite localisée, l'appendice devait être en position sous-cæcale ou latéro-cæcale ; le véritable abcès rétro-cæcal naît et progresse loin de la grande séreuse ».

Cependant parfois le péritoine n'a pas le temps de limiter l'inflammation. La collection primitivement enkystée envahit le péritoine. La péritonite aiguë généralisée s'est constituée. Si on ouvre le péritoine à ce moment, il s'écoule un liquide louche, fétide souvent. Au décollement du cæcum, il s'écoule un pus plus épais, nettement distinct du liquide péritonéal. C'est le pus d'abcès rétro-cæcal.

Mais la collection purulente se constitue parfois derrière le cæcum, accolé primitivement par le fascia d'accolement. Le pus se collecte hors de la cavité péritonéale, dans le tissu cellulaire rétro-cæco-colique en constituant la péri-appendicite et para-appendicite de MONOD et VANVERTS. Dans cette zone cellulaire la limitation est difficile. Le pus fuse facilement dans cette large zone celluleuse qui monte en haut jusqu'au foie, le tissu périrénal, descend en bas par des longues coulées jusqu'au petit bassin, en passant par la région des lombes et pointant parfois vers le triangle de J.-L. PETIT.

La gaine du psoas elle-même ne résiste plus à cet enahissement purulent. Perforée elle permet la contamination du muscle. Le *psoïtis* appendiculaire est connu depuis longtemps.

FORMES CLINIQUES

Les tableaux cliniques de l'appendicite aiguë rétro-cæcale peuvent être extrêmement variables.

Tantôt épousant la forme d'une appendicite banale à expression abdominale, antérieure, tantôt prenant la forme d'une lésion qui concentre toute sa force d'expression autour de la région lombaire droite, tantôt, enfin, mélangeant les couleurs des deux tableaux et présentant des signes à la fois antérieurs et postérieurs, l'appendicite rétro-cæcale est parfois de diagnostic très difficile.

Nous décrirons d'abord les formes évolutives d'affection, puis les formes d'emprunt.

LES FORMES ÉVOLUTIVES

Il est un peu artificiel de vouloir décrire les formes évolutives en essayant de superposer les signes cliniques aux formes anatomiques. N'importe quelle appendicite aiguë dans n'importe quelle position anatomique peut donner un tableau clinique extrêmement trompeur par rapport à des lésions anatomiques, présentant un tableau fruste, estompé, quand en réalité les lésions anatomiques sont déjà avancées. « Mais c'est surtout dans les formes rétro-cæcales que la disproportion entre la bénignité apparente des signes et l'étendue des dégâts anatomiques peut être des plus caractéristiques. » (VERGOZ, CLAUSSE, CHOUSSAT et TAVERA.)

1^o FORMES DE DÉBUT (observations n^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Dans cette forme les signes sont tout à fait banaux. Il n'y a rien qui puisse permettre de dire qu'il s'agit d'un appendice en position rétro-cæcale. Les douleurs abdominales, les vomissements, les signes généraux, le *point de Mac Burney*, la défense pariétale, rien ne différencie cette forme d'une appendicite aiguë banale. Il

s'agit d'une appendicite catarrhale, ordinairement, et de façon générale c'est l'opération seule qui permet de préciser le siège postérieur de l'appendice. Non opérée en 48 heures, cette forme d'appendice évolue de différentes façons. La crise d'appendicite peut donner d'emblée la péritonite généralisée ou l'abcès enkysté avec une migration plus ou moins lointaine. La crise peut se calmer. Mais la récurrence survient. La température monte, l'état général est touché ; apparaît l'abcès lombaire qui s'enkyste ou émigre ; ou apparaît la péritonite généralisée d'emblée ou secondairement à un abcès.

2° FORMES AVEC ABCES (observations n^{os} 10, 12, 13, 14, 15, 11, 16, 17, 18).

Un abcès est à soupçonner quand la crise aiguë calmée, au bout de 24-48 heures apparaissent les signes d'atteinte d'état général, sans que l'examen physique puisse expliquer cette atteinte.

La température remonte ; d'ailleurs souvent elle n'est jamais redevenue normale après la crise. Le pouls s'accélère. L'oligurie, la langue saburrale, le mauvais état général, l'ensemble du tableau met en alerte. Mais l'absence des signes locaux déconcerte.

« Le seul signe qui frappe est la constatation d'un météorisme localisé de la fosse iliaque. La percussion donne à ce niveau un son tympanique... » (BLOCH.)

Un abcès peut être une découverte purement opératoire. D'autres fois il est possible de faire le diagnostic d'une collection suppurée péri-appendiculaire. LECÈNE conseille d'examiner le malade couché sur le côté gauche. C'est « immédiatement au-dessus de la crête iliaque et vers les insertions postérieures des muscles petit oblique et transverse qu'il faudra chercher la défense musculaire, l'empâtement profond et la douleur vive, souvent bien limitée, qu'une palpation profonde permettra de réveiller ».

Le plus fréquemment l'abcès s'enkyste. Les adhérences inflammatoires, le péritoine créent des remparts protégeant, pour un temps la grande cavité péritonéale. Plusieurs tableaux cliniques peuvent être créés par les abcès enkystés.

Dans certains abcès se précisent peu à peu des signes abdominaux. On peut percevoir une voussure de la fosse iliaque droite. Ou bien apparaît un plastron bien perceptible descendant, parfois, nettement vers le pelvis. A la percussion alternative de deux épines iliaques supéro-antérieures on sent nettement que la droite donne un son plus mat, une certaine résistance au doigt qui s'apprécie plus par le tact qu'à l'oreille. DIONIS DE SÉJOUR (de Clermont-Ferrand) a insisté sur la valeur de ce signe.

Le laboratoire peut aider le diagnostic en montrant un leucocytose important. A l'opération, on trouve derrière la barrière cæcale adhérente : du pus, des calculs stercoraux...

D'autres fois les signes de suppuration sont à la fois abdominaux et lombaires ou purement lombaires. Ces deux dernières formes sont souvent d'une allure sournoise. Quelques jours peuvent passer avant que l'attention soit attirée vers la fosse iliaque ou la région lombaire droite.

Dans les formes à allure abdomino-lombaire, dans la fosse iliaque apparaît la douleur. La température monte vers 38°5-39°. Les vomissements sont rares. Et plus rares encore sont le ballonnement et l'hyperesthésie cutanée. Au bout de quelque temps tout peut s'arranger en certaine mesure. Mais la fosse iliaque reste légèrement douloureuse. La fièvre peut dépasser très peu le chiffre de 37° avec une collection purulente parfois très importante. Pendant ce temps-là l'abcès continue à grossir, la fièvre monte, la douleur augmente. Le ventre est rarement ballonné dans sa totalité, mais souvent existe le météorisme localisé dans la fosse iliaque droite. Maintenant, d'ailleurs on sent parfois très bien ; en avant : le plastron dans la fosse iliaque droite ; en arrière : la tension de la fosse lombaire, dont la peau a rougi légèrement. A l'opération on découvre souvent l'appendice déjà sphacelé, gangrené, plongeant dans le pus de l'abcès rétro-cæcal.

Les formes à tendance lombaire ressemblent parfois à un véritable phlegmon périnéphrétique. La palpation de la région au-dessus de la crête iliaque et de la région lombaire donne la sensation de défense, d'empâtement profond. « La matité complète ou la submatité à la percussion profonde indiquent également la présence de la collection en ce point. » (LECÈNE.)

Parfois on peut sentir le plastron. Comme signe précoce on note parfois la flexion de la cuisse sur le bassin due au « psoïte ». Toute tentative de réduction de cette flexion provoque une douleur, ce qui distinguerait cette forme d'appendicite rétro-cæcale avec l'abcès de l'appendicite ordinaire. (Thèse de BEZANÇON, Toulouse 1934).

« Une psoïte droite paraissant spontanée et essentielle doit être presque toujours considérée comme d'origine appendiculaire (LARDENNOIS.)

Enfin, tardivement, on peut noter l'œdème, l'empâtement, la voussure au niveau de la région lombaire. « Il est rare que l'on perçoive nettement la fluctuation profonde. » (LECÈNE.)

Rarement aussi on a vu se produire : la compression des veines iliaques par l'abcès avec œdème des membres inférieurs, la com-

pression du plexus lombaire. Dans les formes plus avancées on peut percevoir une véritable tumeur au niveau de la région lombaire, qui paraît faire corps avec le rebord de l'os iliaque.

Dans ces formes postérieures lombaires il y a lieu d'insister sur l'absence des signes péritonéaux (MÉRIEL, *Toulouse Médical* 1912), ce qui constitue un symptôme négatif très important en faveur de l'appendicite rétro-cæcale.

Ces abcès, qu'ils présentent des signes abdominaux ou abdomino-lombaires purs, peuvent se résorber peu à peu, spontanément ou sous l'influence de la glace, du repos. On a fréquemment vu des *abcès résiduels* au cours des appendicectomies. Ils peuvent persister, tout en restant sur place, en intoxiquant l'organisme, en conduisant à la mort par l'intoxication massive ou par la cachexie. Suivant VERGOZ, CLAUSSE, CHAUSSAT et TAVERA, le faciès terreux et la diarrhée, sont deux signes importants qui indiquent l'imprégnation toxique au cours de l'appendicite rétro-cæcale. Les abcès peuvent s'ouvrir dans le cæcum, dans l'iléon terminal, passer dans les voies urinaires ou enfin perforer le rectum.

Le passage dans le cæcum, la plus fréquente des effractions, est signalé successivement par trois ordres des signes (Thèse de BEZANÇON 1934) : phase de recrudescence des douleurs et des signes généraux ; phase de perforation lente avec selles sanglantes ; phase de débâcle avec sédation des signes.

L'ouverture dans le rectum est plus grave. Le drainage se fait mal.

Le passage du pus dans les voies urinaires donne nécessairement l'infection des voies urinaires.

Enfin la perforation d'iléon terminale est exceptionnelle.

Ainsi nous voyons que dans beaucoup de cas la grande cavité péritonéale peut rester intacte, malgré la présence d'abcès appendiculaire dans son voisinage.

3° FORMES AVEC LA PERITONITE GENERALISEE.

(Observations n^{os} 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.)

Souvent ces formes revêtent l'allure en apparence brutale. Le chirurgien est appelé devant un malade présentant un faciès péritonéal. L'état général paraît nettement touché. Pouls 110-120. Langue saburrale. Subictère. Parfois le malade a eu quelques vomissements. Les cas sont nombreux où il y a arrêt des matières et des gaz. Mais dans les autres cas on est d'emblée frappé par certaines discordances.

L'arrêt des matières peut être complet. Mais il y a quelques gaz ; ou même de la diarrhée. Ou bien les gaz et les matières

passent. A l'examen de l'abdomen, alors que les signes fonctionnels laissaient présumer une péritonite, on se trouve en présence *plutôt d'un tableau d'occlusion*. Le météorisme est net. Les parois abdominales tendues ne sont pas contracturées. Il ne s'agit pas du tout de « ventre de bois ». La matité du foie n'existe plus. Parfois les flancs sont mats à la percussion. Le ventre paraît douloureux partout. Au toucher rectal, le cul-de-sac de Douglas est sensible, et, d'ailleurs, souvent il est impossible de faire le toucher, tellement il est douloureux.

« En somme il s'agit d'un malade qui présente des signes d'occlusion plus ou moins nets et, de fait, il y a bien occlusion, mais occlusion paralytique. C'est elle qui réveille l'atteinte de péritoine. » (BLOCH.) A l'opération on découvre : les anses grêles distendues, baignant dans une quantité peu abondante de liquide louche, et les lésions appendiculaires.

Pourtant devant ce tableau de péritonite d'emblée, souvent par interrogatoire on peut discerner les trois étapes parcourues par l'affection avant de parvenir au stade de péritonite généralisée. Le stade de début, avec la douleur au flanc droit, le stade d'abcès où la loge rétro-cæcale aidée par les adhérences suffit à maintenir la grande cavité intacte de l'atteinte, enfin le stade de péritonite généralisée. Et ce qui apparaît la péritonite d'emblée, n'est souvent que l'aboutissement de l'abcès rétro-cæcal dont les adhérences ont cédé. L'abcès, qui présentait les symptômes surtout postérieurs, se déverse dans la grande cavité péritonéale. La symptomatologie devient abdominale.

Pourtant la péritonite généralisée d'emblée, brutale, primitive, existe, et se réveille souvent par un tableau clinique d'un ulcus perforé, d'une appendicite perforée aiguë. L'intervention seule précise le diagnostic. Il s'agit ordinairement d'un abcès qui s'est ouvert dans le péritoine.

On a décrit aussi la péritonite en un temps, la péritonite en deux temps (avec phase « d'accalmie traîtresse »). Pour P. DELBET, qui a décrit cette forme, la crise en deux temps égale la perforation de l'appendice.

Il existe la péritonite en trois temps.

En somme, de façon générale, dans l'appendicite rétro-cæcale, la péritonite est plus souvent secondaire que primitive. La douleur plus ou moins généralisée avec quelquefois prédominance du côté gauche, le ballonnement moins important que dans l'occlusion vraie, les symptômes paradoxaux avec l'arrêt des matières et la persistance de passage des gaz, parfois même la diarrhée, la connaissance de crise aiguë antérieure dans les antécédents avec la douleur

nette à droite, tous ces symptômes doivent porter le diagnostic de péritonite d'origine appendiculaire. L'intervention est d'urgence.

Parmi les autres formes de péritonite généralisée dans les cas d'appendicite rétro-cæcale, BEZANÇON (Thèse, Toulouse 1934) décrit la forme abdomino-pelvienne où le pus se collecte dans le Douglas, à la faveur d'un cæcum bas situé.

BÉRARD et VIGNARD ont décrit la péritonite d'fusante, où l'évolution très insidieuse ne permet souvent le diagnostic, que quand l'état du malade est déjà très grave.

4^e FORMES A SYMPTOMATOLOGIE D'EMPRUNT.

Les rapports possibles de l'appendice rétro-cæcal cités plus haut nous permettent de comprendre les formes qui présentent les signes d'emprunt. Elles sont très caractéristiques.

Parmi ces formes on distingue les formes sous-hépatiques, les formes lombaires, les formes névralgiques.

I. FORMES SOUS-HÉPATIQUES (observations 15, 18, 19). — Elles sont parfois précisées seulement à l'intervention. Mais d'autres fois il existe des signes hépatiques, infectieux, cholécystiques.

L'attention est attirée par de la température, le teint subictérique ou franchement ictérique, les urines foncées, la douleur. Cette douleur est haute sous le foie. Parfois elle est de type « coliques hépatiques ». Le pouls est rapide.

A l'interrogatoire on constate souvent que le malade a eu des troubles digestifs imprécis, la douleur du côté droit de l'abdomen. Mais actuellement, au moment de crise aiguë, la douleur est *maximum* au niveau du foie. On peut constater la douleur au niveau de l'épigastre, avec l'extension sous le rebord costal droit. On note la contracture de l'abdomen à droite, accusée sous le foie. Mais quel que soit le siège de la douleur, *le point de Mac Burney existe*. Il peut être moins intense que la douleur hépatique, mais sa présence est presque constante.

II. FORMES LOMBAIRES (observations n^{os} 4, 6, 8, 17, 11, 12, 13, 24, 14, 25, 9, 27, 28). — Parmi ces formes on distingue deux sous-groupes : formes lombaires banales et formes urinaires pures.

FORMES BANALES. — Ce sont ces formes surtout qu'on a en vue quand on parle d'« allure bâtarde » de l'appendicite rétro-cæcale. L'appendicite dans ces formes ne présente presque pas de signes abdominaux.

La douleur est postérieure « plus lombaire qu'antérieure et abdominale ». (BLOCH.) Les vomissements, la constipation sont inconstants. Pas d'hyperesthésie cutanée. C'est l'altération de l'état général qui attire l'attention le plus souvent.

A l'examen on note la douleur de la région lombaire droite qui a perdu sa souplesse, sa dépressibilité. A la palpation de l'abdomen, la fosse iliaque droite est souple, mais il faut insister sur ce point que, même dans ces formes « bâtardes » la fosse iliaque droite est moins souple que la gauche et la palpation profonde peut révéler la douleur.

Mais c'est surtout « en arrière qu'il faut chercher la défense musculaire et la sensibilité cutanée exagérée ». (LECÈNE, *Journal de Chirurgie*, 1922). La zone douloureuse peut être costo-iliaque, sus-iliaque, mais elle peut aussi siéger en pleine région lombaire.

Il faut insister sur les antécédents, sur les signes du début de la crise, car l'absence des signes urinaires peut orienter le diagnostic vers l'appendicite rétro-cæcale.

Ces formes d'appendicite ne sont souvent diagnostiquées que tardivement ; « c'est lorsque la collection suppurée péri-appendiculaire se développe que le malade est vu par le chirurgien ». (LECÈNE.)

LES FORMES URINAIRES (observations 17, 24, 26) ont été très étudiées par P. GAUME et R. DIAZ (« forme urinaire pure de l'appendicite rétro-cæcale », 1914). LEGUEU a décrit les hématuries au cours des appendicites. WALTHER, à la même date, décrit la pyélonéphrite appendiculaire. Le syndrome entéro-rénal a été magistralement étudié par HEITZ-BOYER. Parmi les autres travaux il faut signaler la thèse de BOUVIER (1924) traitant la forme hématurique du syndrome entéro-rénal, et la thèse de LAQUIÈRE (1926) « Sur les relations du rein droit et de l'appendicite au point de vue pathologique ». Notre Maître, M. COTTALORDA, a dernièrement étudié ces formes urinaires dans « Bulletin et Mémoires de la Société d'Urologie du Sud-Est » (résumées dans les Archives des Maladies des Reins, 10 juillet 1936).

Dans ces formes urinaires, les manifestations lombaires sont prédominantes. Elles peuvent exister à l'état isolé (c'est rare) en égarant complètement le diagnostic. D'où l'énorme gravité de ces formes d'appendicite rétro-cæcale. Il est plus fréquent que la douleur au point de Mac Burney ne soit pas absente, incitant ainsi à faire le diagnostic de l'appendicite, qui peut exister, d'ailleurs, en même temps qu'une affection urinaire.

Il y a lieu de remarquer que ce ne sont pas les complications urinaires qui sont étudiées sous ce chapitre, mais les formes qui simule le plus complètement les affections urinaires « pures ».

Dans ces formes l'appendice — totalement sous-séreux — est au contact intime de l'arbre urinaire.

FORME PUREMENT DOULOUREUSE. — La douleur siège au niveau de la région lombaire droite.

La douleur peut être bilatérale, mais avec le maximum d'intensité dans la région lombaire droite. Spontanée ou provoquée elle est extrêmement capricieuse, survenant, surtout, à la suite de fatigue, des règles... Exacerbée de temps en temps au moment de crises, elle peut atteindre l'intensité de coliques néphrétiques, avec les mêmes propagations. En même temps la région lombaire devient impossible à palper à cause de la douleur. Mais ni pendant les crises, ni dans leur intervalle il n'y a de points urétéraux. L'examen des urines reste négatif et la fosse iliaque droite manque souvent de souplesse. La douleur au point de Mac Burney peut apparaître et il ne faut pas la confondre avec le point urétéral. La radiographie peut être de grand secours dans ces cas.

FORMES A GROS REIN (Thèse de BEZANÇON). — Elles présentent des crises lombaires douloureuses, avec rétention presque complète, suivie de débacle.

A l'examen radiographique avec préparation, le rein droit est gros mais non ptosé. C'est la crise franche d'appendicite aiguë qui permet de faire le diagnostic de l'appendicite rétro-cæcale.

LES FORMES HÉMATURIQUES. — L'hématurie plus ou moins abondante est accompagnée ou non de la douleur lombaire s'irradiant vers la cuisse droite, les testicules, les grandes lèvres. Elle peut précéder ou accompagner la crise d'appendicite. Souvent l'hématurie est le seul symptôme de l'appendicite rétro-cæcale.

Si l'examen complet de l'arbre urinaire ne montre rien d'anormal, si l'hématurie ne peut pas s'expliquer par une autre cause, il faut penser à l'appendicite rétro-cæcale.

Pour NOVÉ-JOSSERAND, l'hématurie dans les appendicites en général relève toujours d'une néphrite aiguë unie ou bilatérale et est souvent due à de multiples infarctus rénaux. SEELING (*Annales of Surgery*, 1908 cité par Mc KISSOCK in *Lancet* 1934) a classifié les causes d'hématuries dans les appendicites, en quatre groupes :

- 1) La néphrite toxique, où l'hématurie est due à la circulation dans le sang des toxines produites par une appendicite aiguë.
- 2) L'implication directe du rein ou de la partie pelvienne de l'arbre urinaire par un appendice enflammé se trouvant dans la position rétro-cæcale.

- 3) Implication directe de l'uretère.
- 4) Implication directe de la vessie par un appendice enflammé ou par l'abcès appendiculaire.

LES FORMES AVEC PYURIE. — En réalité il s'agit plutôt de bactériurie avec des collibacilles très peu nombreux. La pyurie peu abondante ne suffit pas à impliquer une pyélonéphrite.

LA FORME AVEC PYÉLONÉPHRITE. — Les troubles de la miction avec l'envie impérieuse d'uriner trop souvent, la polyurie trouble, l'endolorissement intermittent de la région lombaire, la cystite récidivante, rien ne manque à ce tableau. Mais au moment des crises il y a toujours de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Les symptômes peuvent céder à la suite d'appendicectomie. Mais parfois les signes de pyélonéphrite persistent malgré l'opération.

LA FORME VÉSICALE. — Avec pollakiurie, douleurs vésicales ; elle est nettement influencée par l'opération de l'appendice. Il s'agit fréquemment d'une appendicite rétro-cæcale en position basse, accolée au cæcum en position pelvienne.

On voit ainsi que les formes urinaires pures peuvent présenter un véritable kaléidoscope des signes urinaires, qu'il s'agit d'identifier comme étant en réalité des masques de l'appendicite rétro-cæcale.

Les signes digestifs peuvent être présents dans ces formes urinaires, mais ils n'ont rien de caractéristique. C'est l'interrogatoire patient, c'est la douleur à la pression du point Mac Burney, ou la douleur plus postérieure le long de la crête iliaque ou au contact du bord externe du carré des lombes, qui permettra de faire le diagnostic.

Ce diagnostic sera forcément complété par l'examen complet cyto bactériologique des urines, par pyélographie, radiographies urinaires.

Comment expliquer tous ces tableaux de type urinaire survenant pendant l'appendicite rétro-cæcale ? Nous avons vu l'explication de SEELING pour les hématuries. Ses raisons peuvent être invoquées pour tous les troubles urinaires au cours des appendicites. Von FRITSCH pensait surtout des infarctus d'origine appendiculaire, que ce soit des infarctus à la suite des embolies veineuses ou des infarctus d'origine microbienne.

III. FORMES NEURALGIQUES (observations n^{os} 28, 29). — Les rapports de la face postérieure du cæcum avec les nerfs crural, fémoro-cutané, abdomino-génitaux, l'irritation de ces nerfs, expli-

que que certaines formes d'appendicite rétro-cæcale se caractérisent surtout par des douleurs dans les territoires des nerfs mentionnés.

Ainsi dans un cas d'appendicite rétro-cæcale opérée par notre Maître, M. le docteur COTTALORDA (voir observations), le malade se plaignait du genou droit. La réaction péritonéale diffuse et le point de Mac Burney existaient.

De même on a vu des formes simulant la coxalgie (avec des douleurs de la hanche et du genou) et la sacro-coxalgie (cas rapporté par GIBNEZ, chirurgie des enfants).

JALAGUIER a décrit un cas aigu de sacro-coxalgie, qui était pris pour une appendicite rétro-cæcale. Il n'y avait pas de signes péritonéaux.

LE PSOÏTIS APPENDICULAIRE. — Assez rare, il est très caractéristique parmi les formes qu'épouse l'appendicite rétro-cæcale. « Psoïtis » est mentionné déjà dans le Dictionnaire de DECHAMBRE et JACCOURD.

En 1827 MÉRIEL parle de « Psoïde ». COURAUD le signale dans sa thèse de 1894. CLERGET l'étudie dans sa thèse de 1908. LARDENNOIS insistait (Congrès Français de Chirurgie 1907) que « une psoïte droite paraissant spontanée et essentielle doit être presque toujours considérée comme d'origine appendiculaire ». LECÈNE écrivait dans le *Journal de Chirurgie* de 1922 : « La réaction de psoïtis avec cuisse en flexion-abduction est un très bon signe clinique ; mais cette réaction est loin d'être fréquente. »

Dans cette forme d'appendicite rétro-cæcale la cuisse est fléchie sur le bassin. La flexion n'est pas très prononcée, elle peut exister à peine. Parfois il y a une simple difficulté d'étendre la cuisse. COURAUD signale que dans l'« appendiculo-psoïte » le malade couché ne peut rester étendu qu'ayant sa cuisse fléchie.

La douleur à la pression du petit trochanter n'est pas rare ; de même la douleur à la pression de la région lombaire droite, juste au-dessus de la crête iliaque. En même temps on note la rotation externe de la cuisse, rarement la rotation interne.

A la palpation profonde des parois abdominales, on sent fréquemment une masse oblongue de haut en bas, dure, s'accroissant aux tentatives d'extension de la cuisse. De plus COURAUD signale que dans certains cas légers la palpation de la région appendiculaire provoque la flexion avec légère rotation externe de la cuisse sur le bassin. Parmi les signes cliniques COURAUD, BÉRARD proposent de retenir comme symptômes caractéristiques :

- a) La douleur à la mise en extension,
- b) La douleur à la palpation du petit trochanter.

Devant un psoïte droit qui ne peut pas s'expliquer par une cause nette, il faut penser à l'appendicite rétro-cæcale.

Souvent on ne trouvera pas de signes nets d'appendicite, la réaction péritonéale manque, comme c'est fréquent, dans l'appendicite rétro-cæcale.

Le muscle iliaque est touché dans sa totalité ; le muscle psoas surtout dans sa partie externe. L'atteinte du psoas-iliaque peut être légère ou grave. Dans la forme légère, l'aponévrose du muscle n'est pas touchée. Il s'agit simplement de réaction de voisinage ou de réaction réflexe. L'œdème infiltrant le muscle cède avec l'amélioration dans l'état du foyer appendiculaire.

Dans la forme grave l'aponévrose est touchée, effondrée. L'érosion a lieu presque toujours dans la partie supérieure de l'interstice séparant le psoas de muscle iliaque, où l'aponévrose paraît très mince. (Thèse de DJAMCHIDI, Montpellier 1935.)

Le muscle ne résiste pas. La réaction inflammatoire va jusqu'à la suppuration dans cette forme. Et on a noté des cas où le foyer musculaire suppurant communiquait directement avec le foyer appendiculaire.

MAUCLAIRE (Arch. de Gynécologie et de Chirurgie, 1912), insiste sur ce point que deux-trois poussées aiguës d'appendicite sont nécessaires avant que s'installe la myosite, car le péritoine et l'aponévrose musculaire résistent assez longtemps.

ÉVOLUTION

COMPLICATIONS DE L'APPENDICITE RETRO-CÆCALE

La crise de l'appendicite aiguë rétro-cæcale peut se résoudre, ce qui ne l'empêchera pas de récidiver le cas échéant. L'appendicite peut passer par le stade de plastron et de suppuration ; et l'abcès formé peut rester sur place, ou migrer. Dans les formes d'appendicite rétro-cæcale avec abcès, formes très caractéristiques de l'appendicite en position ascendante, nous avons déjà mentionné ces migrations. Mais même restant sur place, l'abcès peut donner de graves complications apparaissant au voisinage ou à distance.

LES COMPLICATIONS VASCULAIRES. — Parmi les lésions de vaisseaux lymphatiques et des ganglions, il est intéressant de noter la possibilité des adénopathies importantes siégeant entre les feuillets de mésentère ou dans la région sous-péritonéale.

GUÉRIN, HANOTEAU signalent la possibilité de réactions péritonéales cliniquement importantes dans ces adénopathies, bien que ces lésions évoluent en dehors de la cavité péritonéale proprement dite.

Parmi les lésions veineuses il y a lieu de signaler la fréquence de phlébite de la veine iliaque *gauche*, due à la compression possible par le mésocôlon pelvien ou à l'obliquité plus importante de la veine iliaque gauche (MÉRIEL).

Les embolies pulmonaires, rénales, peuvent compliquer ces lésions veineuses.

Les lésions artérielles sont exceptionnelles.

LES COMPLICATIONS SUPPURATIVES comprennent surtout les abcès sous et sus-hépatiques, les phlegmons périnéphrétiques, les abcès d'autres organes...

Les abcès appendiculaires d'origine rétro-cæcale peuvent toucher les organes de leur voisinage. Ils peuvent envahir brutalement la grande cavité péritonéale. Ils peuvent migrer très loin de leur origine.

Nous avons déjà cité l'iléo-psoïte appendiculaire ; il peut constituer le seul signe qui puisse permettre de penser à l'appendicite.

Mais il peut constituer aussi une partie du tableau clinique ou la complication logique des appendicites non opérées.

L'ouverture des abcès dans les organes creux est possible, bien que rare. Par ordre de fréquence le cæcum, le rectum, l'iléon peuvent servir de déversoir au pus de l'abcès rétro-cæcal.

Nous l'avons déjà signalé dans les formes avec abcès. L'ouverture des abcès dans les voies urinaires est très grave. L'hématurie, les complications vésicales en sont la conséquence.

Mais ce sont les migrations du pus qui sont les plus caractéristiques des complications d'appendicite rétro-cæcale. Parmi ces complications les abcès *sous-phréniques* sont les plus fréquents. D'ailleurs il y a lieu de distinguer les abcès sous-hépatiques et les abcès sus-hépatiques ou sous-phréniques proprement dits.

— LES ABCÈS SOUS-HÉPATIQUES sont très fréquents au cours de péritonites enkystées. C'est une complication qui peut survenir même après l'intervention.

La température, le subictère, les urines foncées, la douleur au niveau de l'hypochondre droit attirent l'attention vers la région hépatique.

Si à la palpation de l'hypochondre droit on ajoute simultanément la palpation de la région lombaire droite, on peut sentir un empatement plus ou moins rénitent de la région.

Le pus peut s'extérioriser sous les fausses côtes droites, vers la région épigastrique. Il peut passer dans l'hiatus de Winslow, mais il peut aussi contourner le bord antérieur du foie pour former l'abcès sus-hépatique.

L'ABCÈS SUS-HÉPATIQUE. — On a signalé surtout l'abcès sus-hépatique droit, bloqué à gauche par le résistant ligament falciforme, en haut par le diaphragme qu'il soulève en évoluant.

Le début de ces abcès peut être insidieux, parfois brutal.

Le tableau clinique est celui des classiques abcès sous-phréniques. A l'opération le pus est exceptionnellement d'aspect rougeâtre, comme dans les abcès hépatiques. De la région sus-hépatique le pus peut faire irruption dans le thorax en créant des pleurésies.

NICOD (1904) signale la possibilité de la gangrène pulmonaire comme suite de cette irruption.

LES ABCÈS DU FOIE peuvent compliquer les abcès sous-phréniques. Mais l'appendicite rétro-cæcale peut donner les abcès hépatiques sans passer par le stade sous-phrénique.

Pour expliquer le mécanisme de formation des abcès hépatiques on a incriminé la pyolémie, la suppuration des voies biliaires

compliquant l'appendicite, la propagation par la voie lymphatique à la faveur d'accolement des abcès rétro-cæcaux.

Les abcès peuvent être uniques ou multiples, centraux ou périphériques. Parfois c'est la découverte opératoire seule qui enseigne sur leur existence. D'autres fois c'est l'atteinte de l'état général, l'augmentation du foie, la douleur dans l'hypochondre droit qui permet de soupçonner leur existence.

L'évolution est généralement fatale.

— LES PHLEGMONS PÉRINÉPHRÉTIQUES d'origine appendiculaire étaient étudiés par DIEULAFOY, TEMOIN...

OMBREDANNE, qui les a étudiés chez les enfants, dit : « ...Les phlegmons périnéphrétiques... chez l'enfant sont pour ainsi dire toujours d'origine appendiculaire. »

Mais les adultes ne sont pas épargnés. De façon générale il s'agit de phlegmon périnéphrétique droit. Au début de phlegmon on se trouve en présence de douleur lombaire spontanée, de température à oscillation, d'atteinte assez rapide de l'état général. On note fréquemment l'oligurie.

En évoluant, peu à peu, l'abcès soulève la région lombaire, devient fluctuant et souvent fait issue dehors vers le triangle de J.-L. Petit.

On a signalé les abcès de la rate. Cette complication est rare.

LES COMPLICATIONS TOXIQUES, INFECTIEUSES SEPTICO-PYOHÉMIQUES

Elles peuvent être légères. DIEULAFOY signale l'albuminurie. On peut noter subictère, frissons. Mais existent les complications graves de nature toxique.

L'HÉPATITE TOXIQUE était étudié par Achard (1894), DIEULAFOY (« Cliniques »), MÉNÉTRIER, CHIRÉE, AUBERTIN, CASTAIGNE insiste que « la gravité apparente de l'attaque appendiculaire n'a pas une très grande importance dans l'étiologie des accidents hépatiques »...

Il s'agit d'une insuffisance hépato-rénale.

L'état général est atteint rapidement et souvent brutalement. Le faciès est terreux. On a remarqué l'albuminurie, l'oligurie, l'ictère, le syndrome hémorragique.

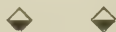
Cliniquement on peut distinguer trois formes :

La forme latente, fréquemment après l'opération de l'appendicite.

Dans le syndrome de Dieulafoy il s'agit d'une insuffisance hépato-rénale aiguë sans ictère. Le faciès est grisâtre. La respiration rapide, le pouls rapide ; il y a de l'oligurie,

La forme de l'ictère grave est surtout caractérisée par les convulsions, les hémorragies, le « vomito-négro-appendiculaire ».

LECÈNE a décrit la quatrième forme, épousant le tableau des accidents toxi-infectieux viscéraux à forme septicémique pure ou pyohémique avec apparition des arthrites suppurées, des abcès musculaires...



L'hépatite toxique paraît n'être que le trait prédominant des cas d'appendicites toxiques en général.

Ce sont les sujets jeunes qui sont atteints avec prédilection. Récemment (séance du 19 mai 1939 à la Société de Chirurgie de Paris), BOVIER a rapporté une saisissante observation d'un cas d'appendicite toxique. Il s'agissait d'une jeune fille opérée d'appendicite refroidie et surveillée pendant deux mois et demi avant l'opération. Au troisième jour après l'opération sont apparues « l'état de malaise mal définie, l'invincible prostration ».

Le quatrième jour, délire tranquille.

Sixième jour, température 39° 3, pouls 140.

Dans la nuit de sixième-septième jour : coma toxique. Mort.

L'azotémie était normale.

« Il s'agissait d'appendicite toxique... correspondant à des lésions généralisées, mais qui sont avant tout des hépato-néphrites à marche insidieuse pendant toute la période de refroidissement, puis à allure explosive à partir de l'opération. » BOVIER ajoute qu'en cas de nécessité de refroidissement des appendicites, les « malades doivent être considérés comme des hépato-néphrites en puissance, surveillés et soignés comme tels ».

L'auteur propose la cure de désintoxication, le sérum collibacillaire de Vincent.

Ajoutons que déjà Aubertin disait que « la mort par le foie est un accident de l'appendicite qu'on a laissé refroidir ».

LES COMPLICATIONS MECANIQUES. L'OCCLUSION. — BLOCH signale l'occlusion d'origine péritonéale. Au contact de l'abcès l'intestin peut se parésier en donnant l'occlusion à rechutes.

LECÈNE a décrit le syndrome mixte où il entre non seulement l'élément péritonéal, mais aussi les facteurs mécaniques (adhérences, agglomération des anses).

Enfin on a signalé les occlusions à la suite des adhérences post-opératoires, des brides, des coudures, des volvulus du grêle (LENORMANT).

DIAGNOSTIC

L'extrême variété des signes, les diverses formes cliniques rencontrées au cours d'appendicite aiguë rétro-cæcale font que cette forme d'appendicite aiguë peut être confondue avec de très nombreuses affections abdominales, abdomino-pelviennes, rénales.

On a confondu l'appendicite rétro-cæcale avec grossesse tubaire rompue, la pelvi-péritonite génitale, le kyste d'ovaire tordu...

Au niveau du carrefour ce sont les lésions hépatiques, les lésions des voies biliaires qui peuvent donner le change. On était obligé, parfois, de faire le diagnostic différentiel avec les coliques hépatiques, la cholécystite aiguë, certaines crises ulcéreuses, la pancréatite aiguë, la perforation gastro-duodénale. Beaucoup d'affections rénales et urétéro-rénales peuvent simuler l'appendicite rétro-cæcale ; et parmi ces affections on doit penser surtout de la colique néphrétique se produisant au niveau de la moitié droite de l'arbre urinaire.

Enfin les colites droites, le cancer du côlon droit peuvent plus ou moins ressembler à l'appendicite rétro-cæcale. Dans cette masse des affections, des symptômes, des syndromes, l'appendicite rétro-cæcale peut paraître parfois difficile à reconnaître. D'où les efforts des différents auteurs d'essayer de trouver des signes pour ainsi dire pathognomoniques de l'appendicite rétro-cæcale.

La nécessité de faire le diagnostic précoce et exact est formelle. « En effet, si ces formes d'appendicite exposent peu aux risques de l'infection péritonéale diffuse d'emblée ou progressive, par contre ce sont celles qui donnent le plus souvent naissance aux complications infectieuses à distance et entraînent la mort au bout de quelques semaines par septico-pyohémie. » P. LECÈNE (*Journal de Chirurgie*, 1922 ; 19).

Il s'agit de faire le diagnostic d'appendicite et essayer de préciser qu'il s'agit de l'appendicite rétro-cæcale.

Signe de Kerangal.

Ce signe a été rapporté par PASCALIS dans *Bull. et Mémoires de la Société de Médecine de Paris* (1935).

En couchant le malade sur le côté gauche, on libère le cæcum et l'appendice des anses grêles. Le cæcum et l'appendice deviennent ainsi accessibles à la palpation.

« Après avoir palpé la fosse iliaque droite, le malade étant en décubitus dorsal de façon à connaître de la douleur et de la défense musculaire, on place celui-ci en décubitus latéral gauche total. La masse grêle se déplace et évacue la fosse iliaque droite, entraînant avec elle le cæcum lorsqu'il est mobile (80 % des cas) ; l'appendice se trouve dégagé et accessible à la palpation.

« ...On peut obtenir à la pression profonde une vive réaction dans une zone jusque-là muette. »

Ce signe n'a jamais trompé PASCALIS (environ 300 cas).

Signe de Jacob,

Douleur dans la zone appendiculaire, à la décompression de la fosse iliaque gauche.

Signe de Lapinski.

Douleur au niveau de la région cæco-appendiculaire, en palpant la région pendant que le malade soulève le membre inférieur droit en contractant ainsi le psoas-iliaque.

Signe de Déolindo, Pasqualis (Buenos-Ayres).

(*Monde Médical* 1930).

Les auteurs prennent la température axillaire en même temps que rectale des malades. L'écartement des deux températures, supérieur à un degré, correspondrait à des appendicites libres dans la cavité péritonéal, c'est-à-dire à des appendicites communes. Si l'écartement entre la température axillaire et rectale est inférieure à un degré (la température étant alentour de 38° en plus) il s'agirait des appendicites sous-séreuse et surtout rétro-cæcale.

DEOLINDO et PACQUALIS expliquent leur signe en disant que dans les cas d'appendicite ordinaire, péritonéale, le péritoine réagit d'une façon intense. La résorption des toxines est accentuée. L'état général est touché, d'où l'augmentation de la température rectale et l'écart entre la température axillaire et rectale.

Dans les cas d'appendicite sous-séreuse et rétro-cæcale, par conséquent, la localisation (pendant longtemps) du processus inflammatoire freine l'absorption des toxines. D'où le moindre degré d'écartement entre la température axillaire et rectale.

Variation de la sonorité de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Pour MONTENOVESI, FERRETI (*Policlinico*, 1907), en percutant successivement l'épine iliaque droite et gauche, on obtiendrait un son mat à droite en cas de collection péricæcale ou pelvienne. D'où ce signe serait positif dans les cas d'appendicite rétro-cæcale avec abcès.

EWART, de Londres (1899) percevait la partie dorsale de l'os iliaque.

Le Professeur DIONIS DU SEJOUR (de Clermont-Ferrand) insiste que la matité à la percussion de l'épine iliaque droite n'est pas pathognomonique d'une collection appendiculaire. Il s'agirait simplement d'une masse remplissant la fosse iliaque droite.

Dans tous les cas il s'agirait d'une sensation plus tactile qu'auditive.

Signe d'Emile Altschüller (The Lancet, avril 16 ; 1938).

« Les 3^e, 4^e et 5^e doigts de la main gauche sont placés sur le bord externe de l'os iliaque et l'index gauche est placé sur le bord interne. Si l'index gauche se déplace très graduellement sur les parties molles en commençant par l'épine iliaque antérieure vers le bas, chaque cas de l'appendicite rétro-cæcale montre une nette, souvent douloureuse sensibilité, ordinairement restreinte à une aire limitée. Dans les cas sévères on trouve aussi très nettement un spasme musculaire localisé dans le même endroit, parfois plus haut, parfois plus bas.

L'abdomen est ordinairement insensible à la pression et les points ordinaires de la sensibilité sont absents. Le contraste est surtout net quand on examine le côté gauche de même façon et on ne trouve pas une sensibilité, même légère. »

L'auteur considère ce signe « comme absolument infailible ».

En réalité, notre Maître, M. le docteur COTTALORDA insiste que le diagnostic de l'appendicite rétro-cæcale est rarement difficile. La recherche des différents signes précités s'impose rarement.

« Il convient de ne pas oublier que, quelle que soit la forme clinique, il existe toujours un point de Mac Burney douloureux. Ce signe est d'ailleurs souvent masqué par les signes postérieurs et son association avec ceux-ci, qu'il faut le plus souvent rechercher, suffit à faire le diagnostic de l'affection et de sa localisation. » (*Provence Médical*, 1940.)

La clinique demandera des précisions au laboratoire et à la radiographie, si on a le temps.

LABORATOIRE

L'EXAMEN DU SANG. — Pour MARTEL (*Presse Médicale* 1926), hyperleucocytose et surtout polynucléose seraient en faveur de suppuration appendiculaire.

Donald COLLINS (« Sur 751 cas des appendicites rétro-cæcales » ; 1938) trouve que « le moyen des leucocytes... était 11.870 par millimètre cube du sang entier, avec le moyen de 83 % de polynucléaires neutrophiles. Ainsi le sang a montré une plus légère leucocytose que dans les cas ordinaires des appendicites aiguës ».

LES URINES. — Leur examen et l'examen le plus complet de l'appareil urinaire est nécessaire, car nous avons vu que les formes postérieures de l'appendicite rétro-cæcale avec la localisation lombaire sont peut-être les plus fréquentes.

Il est important d'éliminer les lésions de l'appareil urinaire.

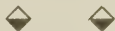
Citons encore COLLINS : Sur 751 patients : « Les urines de 104 patients (13,85 %) contenaient un nombre appréciable d'érythrocytes, tandis que la pyurie était notée dans 152 histoires cliniques (20,24 %). Sa présence était notée même dans les échantillons obtenus par le cathétérisme. Ces patients, opérés plus tard, ont révélé fréquemment une appendicite aiguë placée à travers le trajet de l'uretère droit, avec l'accompagnement de périurétérite secondaire aiguë. »

RADIOGRAPHIE

MAINGOT (« Exploration radiologique des côlons et de l'appendice) dit : « L'appendicite aiguë se passe de radio-diagnostic. » Dans les cas des appendicites rétro-cæcales on a le temps, le plus souvent, de faire les radiographies.

VERGOZ (Blondeau) (*Gaz. Méd. de France*, 15 sept. 1935) note qu'à côté des signes classiques on note « la fixité du cæcum, traduisant la réaction inflammatoire péri-cæcale et la déformation du cæcum ».

L'examen sera fait successivement en position debout, en Trendelenbourg, en décubitus latéral gauche. Les auteurs cités insistent que les signes radiologiques constatés ne sont jamais les signes de certitude.



Le diagnostic de l'affection chez l'enfant peut être parfois très difficile.

« Beaucoup d'enfants atteints d'appendicite obscurcissent leurs symptômes (par leur allure de conduite. » (*Farr in Maes, Surg. Gynec. Obstétrics* 1934, jan.)

L'enfant souffre un peu, vomit, puis se sent mieux... et va à ses jeux. On laisse passer ainsi des heures précieuses ou même des journées sans que le diagnostic soit fait.

Et pourtant ce diagnostic précoce est tellement nécessaire, car la perforation de l'appendice est fréquente pendant l'enfance, à cause de la délicatesse des tissus et de leur richesse en tissu lymphoïde.

« En ce qui concerne l'interprétation des signes abdominaux, il faut se rappeler que la rigidité musculaire chez les enfants est souvent absente, en réalité presque toujours absente, si l'appendice est rétrocaecal ou est placé profondément dans le pelvis, ou si l'examen est fait avant que la réaction péritonéale soit établie, comme il faut se rappeler que la plainte de la sensibilité peut être trompeuse parce que l'enfant, dans sa peur de souffrir, se plaindra au moindre attouchement.

« L'examen du rectum n'est pas toujours facile, mais est un aide diagnostique de valeur, beaucoup plus que chez l'adulte, car le doigt peut atteindre plus haut et sentir plus... » (la douleur bilatérale indiquant l'inflammation pelvienne diffuse). MAES (*Surg. Gynec. Obstetrics*, 1934.)

TRAITEMENT

« *Savoir surtout au début, être très interventionniste.* »

BLOCH.

INDICATIONS

De façon générale les indications thérapeutiques sont les mêmes que dans les cas d'appendicite aiguë ordinaire.

LA CRISE D'APPENDICITE

Il est nécessaire d'opérer dans les 48 premières heures de la crise, dès que le diagnostic est posé. Le diagnostic peut être difficile, mais « s'il existe un seul petit signe de la série appendiculaire, il faut lui faire confiance. » A. DUFOUR (*L'hôpital*, 1936). Nous avons pourtant vu que le signe le plus important, le point de Mac Burney, manque rarement dans l'appendicite rétro-cæcale. Il peut être associé à des points douloureux postérieurs, son apparition peut être légèrement en retard sur les points postérieurs, mais il existe.

Tous les autres signes peuvent manquer, mais le point douloureux au niveau de la zone de Marc Burney suffit largement ; il est inutile de s'attarder à la recherche des autres signes. Il faut opérer.

Passée l'heure fatidique de 48 heures faut-il opérer ou non ?

MASSABUAU (thèse de DJAMCHIDI, Montpellier 1935) dit « qu'il faut se baser sur la valeur de la crise ». Telle est l'opinion des autres auteurs. Après 48 heures de la crise il faut être opportuniste.

COLLINS (loc. cité) écrit que dans ses décisions opératoires « moins d'attention était donnée au jour de la maladie qu'à l'état du patient. Si l'état du patient s'aggravait, l'exploration paraissait être généralement indiquée. Si, de l'autre côté, le patient avait une masse palpable dans la partie inférieure de l'abdomen et son état

s'améliorait, l'intervention chirurgicale n'était pas employée à cette période. »

Les 48 heures ne sont jamais une limite obligatoire d'opérabilité, comme il était autrefois classique de l'admettre. C'est sur l'ensemble des signes qu'il faut se baser.

La masse « palpable » peut être un plastron ou un abcès.

LE PLASTRON

Se voit plutôt rarement. Car ou bien le malade est vu précocement et alors il est opéré ; ou bien il est vu tardivement, ce qui est très fréquent au cours des appendicites rétro-cæcaux, et alors il s'agit d'un abcès.

En cas de plastron, le malade sera placé sous une surveillance chirurgicale sévère. L'abdomen sera glacé. Pendant ce temps-là on fera des examens répétés de la formule sanguine ; on peut injecter du propidon ou le sérum de Vincent. MÉTIVET (*L'hôpital*, 1939) dit que dans certains cas des larges cataplasmes, correctement appliqués, ont conduit plus facilement que la glace à la résorption du plastron ou à son abcédation.

Les douleurs peuvent se calmer, la température descendre un peu, quelques gaz peuvent être émis, on peut attendre la collection et opérer dès que l'abcès est formé. Ou bien le plastron peut se résorber et alors on fera l'appendicectomie plus tard.

Mais d'autres fois, malgré l'abstention, la contracture se généralise, l'état général s'aggrave, il faut opérer. D'ailleurs, dans les appendices rétro-cæcales, plus que dans les autres formes, l'« accalmie traîtresse » est fréquente ; après une attente trop longue ce sont les lésions gangréneuses ou la perforation d'appendice qui guettent le malade.

L'ABCÈS CONFIRMÉ

Dans ce cas la température persiste, oscille. La formule leucocytaire confirme le diagnostic clinique. On opérera.

Si le siège de l'abcès rétro-cæcal paraît être certain, on interviendra en employant l'incision sus-iliaque de LECÈNE. Le siège d'abcès peut être incertain et alors on intervient par la voie abdominale, en protégeant la grande cavité péritonéale.

Dans les deux cas on ouvrira l'abcès, mais on ne fera l'appendicectomie que « si celle-ci est très facile » (BLOCH), autrement l'appendicectomie secondaire sera faite « dix semaines après la sortie du malade de l'hôpital » (COLLINS, « lorsque la plaie (faite pour l'ouverture de l'abcès) sera complètement cicatrisée » (BLOCH) ; « trois mois après l'incision d'abcès » (MÉTIVET).

PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

En cas de péritonite diffuse d'emblée, il faut opérer d'urgence. On fera l'appendicectomie.

En cas de péritonite secondaire à la rupture de l'abcès, MÉTIVET conseille de « nullement s'occuper du foyer appendiculaire ou de l'appendice », mais de drainer le péritoine « par drains multiples placés à travers trois incisions (l'une sus-pubienne, les deux autres dans chacune des fosses iliaques ». Les soins post-opératoires (glace, sérum, tonicardiaques) seront des adjuvants très importants.

INDICATIONS PARTICULIÈRES

La femme enceinte sera opérée dès que le diagnostic est fait, étant donné que l'augmentation de volume de l'utérus empêche l'enkystement habituel des lésions.

Les sujets âgés ne seront opérés que « les mains forcées » par l'aggravation de l'état général.

TECHNIQUE

VOIES D'ACCES

La voie antérieure est de beaucoup la plus fréquemment employée.

La voie postérieure de LECÈNE est réservée surtout à des abcès à la symptomatologie lombaire.

La voie antérieure. — Toutes les incisions employées dans les appendicites ordinaires sont employées aussi dans les appendicites aiguës rétro-cæcales.

Beaucoup de chirurgiens emploient l'incision de JALAGUIER, parce que cette incision peut être facilement transformée en incision de laparatomie latérale.

D'autres, non moins nombreux, emploient surtout l'incision iliaque d'ite de ROUX, ou l'incision de Mac Burney. Cette incision peut être facilement agrandie et convient à la plupart des cas.

Dans les cas difficiles, où on n'arrive pas facilement sur la pointe de l'appendice, bien qu'on extériorise le fond du cæcum, notre Maître, M. le docteur COTTALORDA, préfère la méthode d'extirpation rétrograde en sectionnant le méso de proche en proche, entre l'appendice et des pinces de KOCHER. L'hémostase peut être pénible parfois.

Si le cæcum est accolé, il y a lieu de procéder au décollement cæco-colique. Il est basé sur le principe général de la chirurgie des côlons accolés (DUVAL, Thèse 1902) : la mobilisation et glissement du côlon après décollement.

On incise avec précaution le péritoine dans l'angle diédre formé par le cæco-côlon et la paroi abdominale postérieure. Avec les doigts on clive le fascia d'accolement rétro-colique. La face postérieure du cæcum et l'appendice rétro-cæcal se trouvent ainsi exposés et on pratique l'appendicectomie à ciel ouvert, « autant que possible en voyant ce que l'on fait » (MARION).

En cas d'abcès rétro-cæcal, l'opération se bornera exclusivement à l'ouverture de l'abcès au doigt, la cavité péritonéale étant isolée par de grandes compresses.

L'appendicectomie sera faite plus tard.

Si l'appendice est gangrené, si les lésions du péritoine cæcal ou de l'iléon sont étendues (ce qui se voit assez fréquemment dans l'appendicite rétro-cæcale), après l'appendicectomie, MÉTIVET conseille le drainage de Douglas par un drain, un deuxième drain est placé dans le foyer. Ce deuxième drain est entouré par des mèches iodoformées. Dans les cas de péritonite généralisée on drainera le Douglas et les deux fosses iliaques (MÉTIVET) ou Douglas et la fosse iliaque droite, celle-ci par des mèches mollement tassées (BLOCH).

Incision postérieure de LECÈNE ou sus-iliaque postérieure. — Pendant l'opération le malade est couché sur le côté gauche.

L'incision est faite à 2 cms au-dessus de la crête iliaque et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Sa longueur est de 8 à 10 cms.

L'incision des fibres du grand oblique est suivie de dissociation des fibres du petit oblique et du transverse. On arrive sur le tissu cellulaire rétro-péritonéal « généralement œdémateux et infiltré dans les cas d'appendicite rétro-cæcale récente et surtout dans ceux où l'on a affaire à des abcès bien collectés » (LECÈNE).

A l'incision du cul-de-sac péritonéal, le pus s'écoule. Une fois l'abcès vidé on cherche, « sans insister trop, si l'on aperçoit l'appendice dans la paroi de l'abcès ». De façon générale, en dehors des cas récents, il est prudent de ne pas chercher l'appendice. On draine. La plaie pariétale sera laissée ouverte.

L'appendicectomie secondaire sera faite plus tard par la voie antérieure.

OBSERVATIONS

(Résumées)

Service de M. le Docteur J. COTTALORDA

Chirurgien des Hôpitaux

FORMES DE DEBUT

(Appendicite catarrhale)

N° 1. — Homme 35 ans. 4 avril 1934. Trois crises antérieures, la dernière datant de 24 heures. Douleur à droite. Douleur, défense au niveau de la fosse iliaque droite avec maximum au point de Mac Burney. Température, 37°8 ; pouls, 80. Opération. Appendicite rétro-cæcale. Guérison.

N° 2. — Homme 36 ans. 12 décembre 1932. Intoxication par les coquillages avec douleur diffuse au niveau de l'abdomen, vomissements, diarrhée. Le matin de l'examen : douleur au point de Mac Burney ; température, 37°6. Le soir : température, 38°6 ; pouls, 92. Signe de Rowsing. Douleur au point de Mac Burney avec défense. A l'opération : appendicite rétro-cæcale. Guérison.

N° 3. — Homme 50 ans. 11 mai 1938. Crise datant de 10 jours. Constipation opiniâtre. « Hémiventre de bois ». Douleur, défense à la palpation de Mac Burney et aux environs. Température, 37° ; pouls, 80. Opération. Appendicite rétro-cæcale. Guérison.

N° 4. — Femme 38 ans. 29 septembre 1935. Début brutal avec douleurs lombaires, vomissements. Puis douleur abdominale. Diarrhée. Douleur sus-iliaque postérieure avec empatement. Douleur, défense au Mac Burney. A l'opération : appendicite rétro-cæcale. Guérison.

N° 5. Garçon de 12 ans. 12 décembre 1933. Début brutal par douleur, vomissements. Crise datant de 12 heures. A l'examen : douleur, défense au Mac Burney et en arrière, au niveau de la région lombaire. Température, 38° ; pouls, 80. Appendicite rétro-cæcale. Opération. Guérison.

N° 6. — Femme 35 ans. 18 avril 1936. Malade vue après 48 heures. Douleurs diffuses à la partie droite de l'abdomen. Sensation des brûlures. Arrêt des matières et des gaz. Apparaît l'accalmie. Puis reprise des symptômes. Malade a eu deux lavements. A l'examen : Signe de Rowsing positif. Douleur sus-iliaque. Douleur et défense sont au maximum au niveau du point de Mac Burney. Toucher vaginal ne fournit pas de renseignements. A l'opération : appendicite rétro-cæcale. Guérison.

N° 7. — Femme de 32 ans. 30 mai 1936. Crise date de 48 heures. Début brusque : par douleurs, vomissements. Accalmie puis reprise. Pollakiurie. Douleur et défense au point de Mac Burney. Le point sus-iliaque. Température, 38°7 ; pouls, 100. Appendicite rétro-cæcale. Opération. Guérison.

N° 8. — Homme 25 ans. 2 novembre 1936. Crise date de 4 jours. Douleurs, vomissements, purgation. A l'examen : douleur postérieure et au point de Mac Burney. Arrêt des matières et des gaz. Température, 38° ; pouls, 80. Appendicite rétro-cæcale. Guérison.

N° 9. — Jeune fille de 16 ans. 4 juin 1938. Crise brusque il y a 5 heures. Douleur, vomissements. Langue saburrale. Douleur au point de Mac Burney, dans la zone costo-lombaire. Appendicite rétro-cæcale. Opération. Guérison.

FORMES AVEC ABCES

Découverte opératoire

N° 10. — Garçon 6 ans et demi. 7 avril 1936. Amygdalite et signes hépatiques. Douleur au point de Mac Burney et à la fosse lombaire. Pouls, 120 ; température, 38°. Appendicite rétro-cæcale. Opération. Mèche. Guérison.

N° 11. — Femme 30 ans. 14 avril 1937. Crise date de 48 heures. Douleur, défense généralisées avec maximum dans la partie droite de l'abdomen et au point de Mac Burney. Douleur sus-iliaque droite. Température, 39° ; pouls, 120. Opération. Appendicite rétro-cæcale. Guérison.

N° 12. — Homme, 45 ans. 16 décembre 1935. Malade depuis 10 jours. Deux reprises. Douleur et défense au Mac Burney et postérieures. Appendicite rétro-cæcale à l'opération. Guérison.

N° 13. — Femme 25 an. 30 décembre 1934. Il s'agit de deuxième crise. Début par état grippal, rhume. Douleurs lombaires. Vomissements. Signe de Rowsing positif. Douleur et défense au Mac Burney et en arrière. Température, 38°2 ; pouls, 80. Appendicite rétro-cæcale. Opération. Guérison.

N° 14. — Homme 23 ans. 30 décembre 1937. Crise date depuis 48 heures. Douleur à la partie droite de l'abdomen. Arrêt des matières et des gaz. A l'examen, douleur, défense à droite et à la région lombaire. Température, 37° ; pouls, 100. Appendicite rétro-cæcale. Opération. Guérison.

N° 15. — Homme 27 ans. 26 janvier 1938. A la suite d'une infection intestinale. Douleur, défense au niveau du point de Mac Burney et à la région cæcale. Température, 38°8 ; pouls, 80. A l'opération, l'appendicite rétro-cæcale est sous-hépatique. Fistule stercorale. Malade perdu de vue.

Formes avec tumeur

N° 16. — Garçon de 13 ans. 28 mars 1935. Absès d'origine appendiculaire apparu depuis 10 jours. Appendicite rétro-cæcale. Opération. Drainage. Ablation d'appendice. Guérison après suppuration pariétale.

N° 17. — Femme 28 ans. 19 décembre 1936. Depuis 8 jours. Température à oscillations. Masse sus-iliaque ; douleur. Appendicite rétro-cæcale avec abcès. Incision d'abcès ; appendicectomie. Drainage. Guérison.

N° 18. — Homme 38 ans. 19 janvier 1938. Depuis 8 jours. Douleurs de type « coliques hépatiques ». Une masse au niveau de la zone de Mac Burney. Température, 37°4 ; pouls, 80. Abscès appendiculaire, rétro-cæcale, haut situé. Incision simple. Guérison.

FORMES AVEC PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

N° 19. — Homme de 30 ans. 29 avril 1934. Début brutal il y a 36 heures. Douleurs, vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Température, 40° ; pouls, 100. Défense généralisée, surtout à droite et au point de Mac Burney. Disparition de matité hépatique. Opération. Appendicite rétro-cæcale gangrenée avec péritonite généralisée. Drainage : nêches et drains. Suture de la base d'appendice. Fistule stercorale. Transfusion. Mort.

N° 20. — Garçon 16 ans. 28 mai 1934. Il y a 3 jours, a eu une purge. Début brusque : douleur, vomissements. Douleur et défense dans la fosse iliaque droite. Température, 39°2 ; pouls, 120. Appendicite rétro-cæcale aiguë avec péritonite. Appendicite gangréneuse. Drainage. Guérison.

N° 21. — Femme 20 ans. 19 décembre 1934. Malade depuis 3 jours. Début brusque. Douleur à droite. Vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Température, au début, 37° ; pouls, 80. Montée progressive le 18, 39° ; le 19, 40° ; pouls, 120. Douleur, défense généralisée, surtout sur Mac Burney et en arrière. Toucher vaginal provoque la douleur. Appendicite rétro-cæcale, assez sphacelée. Drainage. Guérison.

N° 22. — Homme 22 ans. 4 janvier 1935. Début il y a 24 heures : douleurs brusques. Puis, deux heures avant la venue du chirurgien : Syndrome péritonéal généralisé brutal. Ventre de bois. Matité hépatique conservée. Shock. Température, 39° ; pouls, 120. Rupture d'un abcès rétro-cæcal : confusion avec ulcère perforé. Double incision. Drainage. Guérison. Eventration légère.

N° 23. — Femme 48 ans. 21 juin 1935. Début il y a 8 jours par syndrome d'intoxication intestinale. Syndrome calmé au bout de 3 jours. Puis reprise brutale avec les phénomènes généralisés. Douleur, défense sous-ombilicale avec maximum dans la zone de Mac Burney. Toucher vaginal, toucher rectal sont positifs : douleur dans la zone cæco-appendiculaire. Température, 38°8 ; pouls, 80. Opération. Appendicite rétro-cæcale avec rupture d'abcès. Drainage. Guérison.

N° 24. — Homme 57 ans. — 20 septembre 1934. Début grippal et rhino-pharyngé il y a 3 jours. Douleur costo-lombaire, puis à la fosse iliaque droite ; un vomissement. Soigné pour colique néphrétique. Température, 37°4 ; pouls 96. Défense généralisée à droite. Douleur postéro-latérale. Maximum au Mac Burney. Appendicite rétro-cæcale avec péritonite généralisée ; rupture d'abcès. Opération. Anesthésie locale. Guérison malgré le mauvais état cardio-pulmonaire.

N° 25. — Garçon 7 ans. 13 avril 1933. Début il y a 3 jours. Lavement. Purgation. Vomissements. Douleur à droite. Défense généralisée. Maxi-

mum de douleur au Mac Burney ; en même temps, douleur postérieure dans la zone lombaire. Température, 39° ; pouls, 100. Péritonite généralisée. Opération : appendicite gangrénée. Drains. Guérison.

N° 26. — Jeune fille de 15 ans. 10 février 1938. Début il y a 48 heures. Douleur. Purgé. Température 39° ; pouls, 120. Douleur, défense au Mac Burney et postérieure. Appendicite rétro-cæcale et péritonite. Mèches. Guérison.

FORMES SOUS-HEPATIQUE

N° 19. — Voir l'observation n° 19 : Formes avec péritonite généralisée.

N° 18. — Voir l'observation n° 18 : Formes avec tumeur.

N° 15. — Voir l'observation n° 15 : Formes avec abcès.

FORMES TYPE ULCÈRE PERFORÉ

N° 22. — Observation n° 22 : formes avec péritonite généralisée.

N° 23. — Observation n° 23 : formes avec péritonite généralisée.

N° 24. — Observation n° 24 : formes avec péritonite généralisée.

FORMES LOMBAIRES

N° 4. — Observation n° 4 de formes de début.

N° 6. — Observation n° 6 de formes de début.

N° 8. — Observation n° 7 de formes de début.

N° 17. — Observation n° 17 de formes avec tumeur.

N° 11. — Observation n° 11 de formes avec abcès.

N° 12. — Observation n° 12 de formes avec abcès.

N° 13. — Observation n° 13 de formes avec abcès.

N° 24. — Observation n° 24 de formes avec péritonite généralisée.

N° 14. — Observation n° 14 de formes avec abcès.

N° 25. — Observation n° 25 de formes avec péritonite généralisée.

N° 9. — Observation n° 9 de formes de début.

N° 27. — Jeune femme. 23 mai 1940. Vue dans la nuit du 22 au 23 mai. Syndrome d'appendicite aiguë avec douleur, vomissements, défense. Température, 38°5 ; pouls, 100. Point douloureux postérieur lombaire. Dysurie. Intervention dans la matinée du 23 mai. Appendicite rétro-cæcale haut située. Guérison.

(La malade a été opérée antérieurement pour : cholécystite calculuse, cholécystectomie, hystérectomie).

N° 28. — Garçon de 9 ans. 24 février 1940. A la fin de la grippe apparition de la douleur de la défense au niveau de Mac Burney. Vomissements. Température, 38°7 ; pouls, 100. Point douloureux postérieur lombaire. Appendicite rétro-cæcale. Opération : appendicite gangrénée avec abcès rétro-cæcal. Guérison.

FORMES URINAIRES

N° 7. — Observation n° 7 de formes de début (pollakiurie).

N° 24. — Observation n° 24 de formes avec péritonite généralisée (douleur type colique néphrétique).

N° 26. — Observation n° 26 de formes lombaires (dysurie).

FORMES NÉVRALGIQUES

N° 28. — Garçon de 9 ans. 24 février 1940. A la fin de la grippe. Vu à 24 heures de sa crise. Crise signalée par douleur au genou droit (1^{er} long du nerf obturateur). Défense généralisée avec maximum au Mac Burney. Température, 38°9 ; pouls, 120. Appendicite rétro-cæcale. Opération : appendicite rétro-cæcale avec abcès. Mèches. Guérison.

N° 29. — Un garçon de 6 ans et demi. 22 février 1940. Consulté pour des douleurs type coxalgique, avec des douleurs au niveau de la hanche, du genou. Quelques douleurs vagues. Vomissements. A l'examen, défense nette au point de Mac Burney. Appendicite rétro-cæcale, à l'opération, avec adhérences. Guérison. L'enfant a fait l'insuffisance hépatique à la suite.

CONCLUSIONS

Plusieurs auteurs, que nous avons consultés, considèrent les formes d'appendicite aiguë rétro-cæcale comme les formes « les plus graves de l'appendicite » (C. et L. DAMBRIN), « la forme la plus dangereuse de l'appendicite » (COLLINS), etc...

De l'étude des observations de notre Maître, M. le docteur CORTALORDA, nous pensons qu'il y a lieu de ne pas être trop pessimiste. L'appendicite rétro-cæcale est « grave », « dangereuse », oui, mais cette qualité de « dangereuse » est subordonnée à une multitude de circonstances et, toutes choses égales par ailleurs, l'appendicite rétro-cæcale peut être considérée aussi dangereuse que n'importe quelle autre forme d'appendicite aiguë.

Tout dépend de l'état d'appendice à l'opération, d'état du péritoine, de résistance du sujet, des complications qui sont survenues... Les mêmes considérations peuvent s'appliquer au qualificatif « insidieuse » que plusieurs auteurs veulent absolument associer avec l'appendicite aiguë rétro-cæcale.

Dans presque toutes les observations dont nous disposons, les symptômes « bâtarde », trompeurs étaient très peu en avance, ou pas du tout, sur les principaux signes de l'appendicite aiguë : la douleur et la défense au point de Mac Burney. Souvent les signes de deux ordres s'associaient. Et nous ne parlerons pas des cas où c'est le tableau clinique net d'appendicite aiguë qui attirait l'attention et la notion de la position postérieure d'appendice n'était que la découverte opératoire.

En somme, il nous semble que de l'étude des appendicites aiguës rétro-cæcales, il y a lieu de retenir surtout :

— la nécessité absolue de rechercher constamment le point douloureux de Mac Burney ;

— d'intervenir précocement ;

— d'employer, le cas échéant, l'incision postérieure de LECÈNE.

L'observation de ces trois points dans la pratique fait beaucoup pour dépouiller l'appendicite rétro-cæcale de son masque « horrible » et de la faire descendre dans le rang des appendicites aiguës en général.

Vu. Le Doyen :

L. CORNIL.

Vu. Le Président :

FIOLE.

Vu et permis d'imprimer :

Aix, le 11 mai 1940.

Le Recteur,

E. GAU

BIBLIOGRAPHIE

- ALTSCHULLER. — Signe diagnostique pour l'appendicite rétro-cæcale. (*The Lancet*, 1938.)
- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite (1914).
- BEZANÇON. — Contribution à l'étude de l'appendicite rétro-cæcale. (*Thèse de Toulouse*, 1933-1934.)
- J. BLOCH. — L'appendicite rétro-cæcale (*L'Avenir Médical*, n° 10, décembre 1930).
- BOURDE. — L'appendicite postérieure (*Marseille Médical* 1924.)
- BOVIER. — Appendicite toxique. (*Bull. et Mém. de Soc. de Chirurgie de Paris*, p. 283-292 ; 1939.)
- F.-M. CADENAT. — L'appendicectomie rétrograde, dite sous-séreuse. (*La Presse Médicale*, samedi 5 février 1927.)
- CATHALA et AUROUSSEAU (in Nobécourt). — Appendicite rétro-cæcale (chez l'enfant).
- J. COTTALORDA. — Considérations sur l'appendicite rétro-cæcale aiguë. (*Provence Médicale* 1940.)
- J. COTTALORDA. — A propos de 290 cas d'appendicites aiguës opérées. (*Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, séance du 19 décembre 1938.)
- C.-P. CAPLESCO. — Remarques sur l'appendicite rétro-cæcale. (*Bull. d'Académ. de Médecine de Paris*, juillet 1930).
- COLLINS. — L'appendicite aiguë rétro-cæcale d'après 751 observations. (*Archives of Surgery*, 1938.)
- C. et L. DAMBRIN. — Sur deux cas d'appendicite rétro-cæcale aiguë. (*Soc. de Chirurgie de Toulouse*, séance du 29 janvier 1932.)
- DELAYED intervention in appendicular abscesses and spreading appendicitis. (*Surgery, Gynecologie and obstetrics*, avril 1939.)
- DJAMCHIDI. — Contribution à l'étude des symptômes lombaires de l'appendicite rétro-cæcale aiguë. (*Thèse*, Montpellier 1934-1935.)

- DUFOUR (André). — Le diagnostic des appendicites aiguës rétro-cæcales. (*L'Hôpital*, déc. 1936.)
- GAUME. — Formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale. (*Bulletin Médical*, Paris, 1932.)
- HAMER. — Périrénal Abscess (Surgery, Gyn. and obst. 1940, février.)
- R. LASCAUX. — L'appendicectomie dans les appendicites rétro-cæcales. (*Presse Médicale*, 1934.)
- P. LECÈNE. — L'incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'appendicite. (*Journal de Chirurgie*, 1922.)
- G. LECLERC. — Les indications opératoires dans l'appendicite aiguë. (*Le Monde Médical*, 1^{er}-15 août 1939.)
- LE FILHATRE. — Appendicite à forme postérieure, extra-péritonéale rétro-cæcale et rétro-colique. (*Vie Médicale* 1926, p. 398.)
- MAES, BOYCE, Mc FETRIDGE. — Acute appendicitis in childhood with critical analyses of 250 cases. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, jan. 1934.)
- MAINGOT. — Exploration radiologique des côlons et de l'appendice.
- MARAIS. — A propos de la technique opératoire dans les cas d'appendicite rétro-cæcale. (*L'année médicale de Caen*, mai 1922.)
- MASMONTEIL. — Formes pseudo occlusives et occlusives de l'appendicite aiguë. (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, oct. 28 ; 1938.)
- Mc KISSOCK. — Hématuria in appendicitis. (*Lancet* 2 ; 1389-1391 ; déc. 22, 1934.)
- MÉTIVET. — Appendicite aiguë. (*L'Hôpital*, mars 1939.)
- MONDOC. — Diagnostics urgents.
- OCHSNER. — Sherrens treatment. (*Clinical Journal*, july 1929.)
- OMBREDANNE. — Précis de chirurgie infantile.
- G. PASCALIS. — Le signe de kèranrangal dans l'appendicite rétro-cæcale. (*Bull. et Mém. de Soc. Médic. de Paris*, octobre 26, 1935.)
- J.-C. RUDLER. — Appendicite rétro-cæcale. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*.)
- SUBERVILLE. — Modalités cliniques de l'appendicite rétro-cæcale et leur traitement chirurgical. (*Thèse*, Toulouse 1926-7.)
- TAVERA. — Contribution à l'étude de l'appendicite rétro-cæcale. (*Thèse*, Alger 1934-1935.)
- VFRGOZ, CLAUSSE, CHOUSSAT et TAVERA. — De l'appendicite rétro-cæcale. (*Gaz. Médicale de France*, 1935.)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Table des Matières

Historique	13
Définition	15
Considérations Anatomiques	17
Etiologie	19
Anatomie Pathologique	21
Formes Cliniques	23
Evolution	35
Diagnostic	39
Traitement	45
Observations	49
Conclusions	57
Bibliographie	59
Serment	61
